



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

BÁRBARA CRISTINA TAVARES  
FRANCINE DO AMARAL BARRETO  
MARÍLIA LIMA LODETTI

**RESILIÊNCIA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS**

FLORIANÓPOLIS  
2009.

BÁRBARA CRISTINA TAVARES  
FRANCINE DO AMARAL BARRETO  
MARÍLIA LIMA LODETTI

## **RELATÓRIO DA PESQUISA**

### **RESILIÊNCIA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Enfermagem, da Universidade Federal de Santa  
Catarina, para obtenção do grau de Enfermeira.

Orientadora: Dra. Denise M. Guerreiro Vieira da  
Silva.

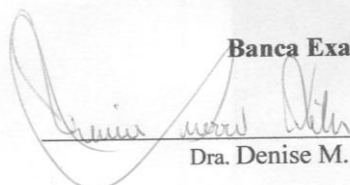
FLORIANÓPOLIS  
2009.

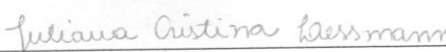
BÁRBARA CRISTINA TAVARES  
FRANCINE DO AMARAL BARRETO  
MARÍLIA LIMA LODETTI

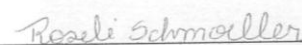
## RESILIÊNCIA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

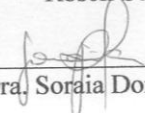
Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ª fase, na disciplina INT 5162 - Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

### Banca Examinadora

  
Dra. Denise M. G. V. da Silva

  
MSc. Juliana Lessmann

  
Roseli Schmoeller

  
Dra. Soraia Dornelles Schoeller

Florianópolis, 26 de novembro de 2009.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
**ESTÁGIO SUPERVISIONADO II**  
Semestre: 2009.2

**Apreciação do Trabalho de Conclusão de Curso das acadêmicas:** Bárbara Cristina

Tavares, Francine do Amaral Barreto, Marília Lima Lodetti

O artigo produzido pelas alunas como resultado da pesquisa realizada concomitantemente ao Estágio Supervisionado II, intitulado **Resiliência de pessoas com Diabetes Mellitus (DM)** traz destacada contribuição para a área da enfermagem e da saúde ao abordar a temática da resiliência em pessoas que vivenciam uma condição crônica como o diabetes, cujos cuidados e tratamentos requerem mudanças importantes na vida dessas pessoas. Conhecer a resiliência dessas pessoas oferece um novo e importante elemento para o desenvolvimento de educação em saúde, pela possibilidade de desenvolver um melhor enfrentamento dessa condição.

A pesquisa com abordagem quantitativa utilizou instrumento desenvolvido nos Estados Unidos: Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC), juntamente com instrumentos desenvolvidos pelas próprias alunas sobre condição sócio econômica e situação saúde-doença. Apesar de terem encontrado algumas dificuldades na aplicação do CD-RISC, pela complexidade de algumas expressões, foi considerado adequado para avaliação da resiliência. Merece destaque a obtenção de dados de pessoas com DM em diferentes situações (emergência, internação e ambulatório), levantando importantes questionamentos e suscitando o desenvolvimento de novos estudos.

O envolvimento das alunas na temática e o empenho na coleta de dados merecem destaque e estão expressos na qualidade do texto elaborado.

Florianópolis, 02 de dezembro de 2009.

Prof. Dra. Denise Guerreiro Vieira da Silva  
Orientadora do TCC

## **AGRADECIMENTOS**

*Às pessoas que fortalecem nossas características resilientes:*

*A Deus, por nos ter dado força, garra e disposição para a realização deste trabalho.*

*À nossa família, pelo amor incondicional e por nunca deixarem de acreditar nas nossas potencialidades, não poupando esforços e sempre estimulando a seguir na nossa caminhada*

*À nossa amiga e professora orientadora Dr<sup>a</sup>. Denise Maria Guerreiro da Silva Vieira, por ter nos aceitado como suas orientandas, pela forma carinhosa de nos acolher, pela sua disponibilidade e pelo seu alto-astral.*

*Às nossas supervisoras no campo de estágio Lícia Mara Brito Shiroma e Scheila Maria Valentim Nienkotter por nos receberem e sempre nos apoiarem e incentivarem na busca de nossos objetivos de forma animadora, e em especial à também supervisora Roseli Schmoeller pela influência na escolha deste campo.*

*À mestre e amiga Juliana Lessmann por nos auxiliar no processo de construção do nosso artigo e incentivar com seu jeitinho carismático o desenvolvimento de nossa formação.*

*Aos nossos amigos e companheiros que compreenderam os momentos de dedicação aos estudos e nos apoiaram nesta conquista.*

*A pequena Laura que, muitas vezes, nos acompanhou na elaboração dos nossos estudos.*

*A todos os professores que fizeram parte de nossa trajetória e que deixaram um pouco de si, deixamos nossa imensa gratidão.*

*À nossa banca avaliadora pelas sugestões que enriqueceram ainda mais o nosso trabalho e pelo estímulo para enfrentarmos as adversidades da profissão.*

*A todos os funcionários da emergência que contribuíram para o fortalecimento dos nossos conhecimentos e para o desenvolvimento da nossa relação interpessoal.*

*Muito obrigadas, a todos*

## RESUMO

Este relatório de pesquisa, desenvolvido como Trabalho de Conclusão do Curso de graduação de Enfermagem da UFSC, aborda a resiliência de pessoas com Diabetes Mellitus (DM). A pesquisa foi realizada dentro da disciplina Estágio Supervisionado II, vivenciada por nós na Unidade de Emergência Adulto do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC), durante três meses. Ainda contamos com as Unidades de Internação Médica (1, 2 e 3), Unidades de Internação Cirúrgicas (1 e 2) e Ambulatório de Endocrinologia deste mesmo Hospital como ambientes para nossa pesquisa. A resiliência é um conceito que pode contribuir para a compreensão do processo de produção em saúde que se desenvolve em meio às adversidades que a pessoa se depara ao longo de sua vida, beneficiando o desenvolvimento sadio da pessoa com DM. O estudo teve como objetivo investigar a resiliência de pessoas com DM atendidas em um Hospital geral de Florianópolis/SC no período de agosto a novembro de 2009. Este é um estudo quantitativo transversal, desenvolvido com 60 sujeitos, utilizando a Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC), um questionário sócio-demográfico e um questionário sobre saúde-doença. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas com adultos, de ambos os sexos, com tempo de diagnóstico de DM superior a um ano. A maior parte da amostra foi composta por mulheres, com renda financeira individual menor que dois salários mínimos, com idade mínima de 19 anos e máxima de 81 anos, a maioria possui ensino fundamental incompleto, mais da metade da amostra tem diagnóstico de DM há mais de 10 anos. As pessoas integrantes do estudo apresentaram escores elevados de resiliência, compatível com uma população saudável. Sexo e escolaridade não foram variáveis que influenciaram a resiliência, porém pessoas com DM e com idade superior a 60 anos têm maior resiliência do que pessoas mais jovens. Conhecimentos acerca da resiliência podem contribuir para o desenvolvimento da educação em saúde na enfermagem, ao trazer elementos que nos permitem estimular os aspectos virtuosos e as redes sociais dessas pessoas. Esta pesquisa foi fundamental para nosso crescimento como enfermeiras, compreendendo o conhecimento científico e a pesquisa como parte desta profissional que nos tornamos.

**Descritores:** Diabetes Mellitus, Resiliência, Hospital, Enfermagem.

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>CD-RISC</b>	Escala de Resiliência de Connor e Davidson
<b>CNS/MS</b>	Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>DP</b>	Desvio padrão
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>Hiperdia</b>	Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. MS/SUS
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>SBD</b>	Sociedade Brasileira de Diabetes
<b>SEstatNET</b>	Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UFSC</b>	Universidade Federal de Santa Catarina
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Características sócio-demográficas de pessoas com DM	30
<b>Tabela 2:</b> Resiliência de pessoas com DM, nos três locais de atendimento e segundo sexo	32



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2 OBJETIVOS</b>	14
<b>3 MÉTODO</b>	15
3.1 Local do estudo	15
3.2 População do estudo	16
3.3 Amostra do estudo	16
3.4 Coleta de dados	17
3.5 Variáveis	17
3.6 Processamento de dados	20
3.7 Aspectos éticos	21
<b>4 CRONOGRAMA</b>	22
<b>5 RESULTADOS</b>	23
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	36
<b>REFERÊNCIAS</b>	38
<b>APÊNDICES</b>	41
<b>ANEXOS</b>	48

## 1 INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus (DM) constitui-se em uma síndrome de etiologia múltipla que se caracteriza pela falta de insulina e/ou incapacidade da insulina exercer de forma adequada seus efeitos (BRASIL, 2002).

Essa patologia caracteriza-se também como uma doença crônica não transmissível que exige dos portadores adesão ao tratamento tanto medicamentoso quanto nutricional, realização de atividade física, acompanhamento contínuo de enfermagem e médico, além do apoio emocional dos profissionais de saúde e dos familiares (FERREIRA, 2008).

Outra consideração a ser feita ao propor o presente estudo, é a expressão do DM na sociedade atual. Vale à pena destacar que essa patologia vem recrudescendo nos últimos tempos, podendo ser considerada uma epidemia mundial e tornando-se um grande desafio para os sistemas de saúde do mundo. Destacam-se como fatores preponderantes para este aumento o envelhecimento da população, a urbanização crescente, o aumento de peso e o sedentarismo (BRASIL, 2006).

Ainda, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), essa patologia já acomete 246 milhões de pessoas mundialmente. A previsão para 2025 é de 380 milhões. Já no Brasil, essa estimativa deve chegar a 10 milhões de pessoas. Atualmente, de acordo com o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos no Brasil (HIPERDIA, 2009), no período de 06/2008 a 06/2009 foram cadastradas 26.943 pessoas no programa. Já no município de Florianópolis (SC), nesse mesmo período, foram cadastradas 335 pessoas. Cabe ressaltar que o HIPERDIA está incluído no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, que tem por objetivo aprimorar a atenção prestada aos portadores dessas patologias e desenvolver ações de prevenção, promoção da saúde, tratamento e controle dessas doenças. É um plano do Ministério da Saúde (2002), desenvolvido concomitantemente com as secretarias de saúde dos estados e dos municípios, com a finalidade de reduzir a morbimortalidade pelo DM e hipertensão arterial sistêmica (HAS).

A incidência do DM cresce principalmente nos países pobres e em desenvolvimento, fato que gera morbimortalidade precoce atingindo pessoas ainda em plena vida reprodutiva, onerando a previdência social e aumentando os gastos com tratamento para a manutenção da saúde, e/ou cuidados voltados para as complicações como: doenças cardiovasculares, insuficiência renal crônica, problemas visuais e amputações de membros (BRASIL, 2006).

Uma importante consideração sobre o trabalho do enfermeiro no cuidado e conforto da pessoa com esta patologia crônica está relacionada à educação em saúde, enfocando a prevenção de complicações e a promoção da saúde, a qual visa capacitar para a realização de escolhas saudáveis relacionadas à realização do tratamento. Estas ações podem resultar num melhor estado de saúde, com melhor controle metabólico e reabilitação dessas pessoas (FERREIRA, 2008).

Ainda em relação ao trabalho do enfermeiro, cabe ao mesmo, desenvolver essas ações educativas junto à pessoa com DM visando cuidados com os pés, alimentação, atividade física assim como, auxiliar essas pessoas a desenvolverem o autogerenciamento. Também compete ao enfermeiro realizar educação continuada da equipe de enfermagem para que a mesma compreenda o processo da doença e melhore a atenção dada a esse indivíduo, o que pode gerar um progresso substancial no tratamento desse agravo (FERREIRA, 2008 e ROSSI, 2005).

Além disso, segundo Rossi (2005) faz-se necessário que o enfermeiro estabeleça vínculo com o paciente, promovendo a troca de informações e a expressão dos seus sentimentos em relação à situação saúde-doença; auxiliando dessa maneira que se na adesão ao tratamento terapêutico e mudança no estilo de vida, devendo o enfermeiro, portanto, cuidar e confortar o ser humano de forma holística.

A construção do conhecimento é um processo contínuo, uma vez que a pessoa em condição crônica de saúde necessita compreender as mudanças que ocorrem para enfrentar o seu cotidiano e obter qualidade de vida. O discernimento dos fatos implica em descobrir o sentido da existência, que é emergência contínua de transcender o passado e o presente em direção ao futuro (FRANCIONI, SILVA, 2007).

Com os avanços da ciência e da tecnologia, tornou-se cada vez mais precoce a possibilidade de diagnóstico, e tratamento adequado, permitindo sua melhora e até mesmo a cura de certas doenças. Porém, mesmo com tais avanços, muitas moléstias promovem alterações orgânicas, emocionais e sociais que exigem constantes cuidados e incorrem em processos adaptativos contínuos. Dessa forma, as condições emocionais tornam-se uma parcela bastante significativa no processo de sua recuperação, não apenas pelo seu desejo de cura e superação da patologia e de suas conseqüências, como no caso da hospitalização, mas principalmente pela maneira como a doença foi configurada e sedimentada no imaginário de cada indivíduo (BIANCHINI; DELL'AGLIO, 2006). As autoras supracitadas referem que se o diagnóstico for o de doença crônica, as repetidas internações e o estigma de doente incurável podem agravar ainda mais o quadro emocional e clínico do paciente.

Viver com DM significa ajustar-se à complexa reciprocidade entre as relações familiares, sentimentos, estilo de vida, mudanças de hábitos e rotinas, enfrentamento do novo, adaptação aos cuidados e procedimentos como o controle da glicemia. Muitas vezes, essas mudanças só se tornam efetivas com o apoio da rede familiar, objetivando um viver saudável com o DM e a prevenção das complicações agudas e crônicas (ROSSI, 2005).

Uma doença nunca é a mesma para diferentes pessoas, ela não é única em suas manifestações e igualmente provoca reações singulares em cada pessoa, que também é diferente e única (CAMON, 2003). Assim, as pessoas lidam com sua condição crônica de diferentes maneiras. Algumas conseguem superar o desafio de manter a doença sob controle, tendo uma vida saudável e harmoniosa. No entanto, outras, encaram a doença como um grande problema, não conseguindo ter uma vida plena. Desta forma, a maneira como as pessoas percebem sua condição de saúde influencia no controle geral do seu estado de saúde-doença (BIANCHINI, DELL`AGLIO, 2006; TAVARES *et al*, 2007). Nesse sentido, ao procurarmos compreender o que poderia estar relacionado às diferentes maneiras de lidar com o DM, encontramos no conceito de resiliência uma possibilidade de novos olhares e respostas.

A noção de resiliência tem origem na física, sendo associada à capacidade máxima de um determinado material de suportar tensão sem se deformar de maneira permanente (PINHEIRO, 2004). Dentro da área da saúde, este é um termo novo e ainda há muitas divergências entre sua definição. Morais e Koller (2004) colocam que a resiliência é uma reafirmação da capacidade humana em superar adversidades, mas que isto não significa dizer que o indivíduo saia de uma crise de forma ileso.

Para Yunes; Szymanski (2001), a definição de resiliência em saúde não é clara, tampouco precisa como na física, por existirem múltiplos fatores e variáveis que devem ser levados em conta no estudo dos fenômenos humanos, tais como: situação de risco, estresse e experiências adversas com respostas finais de adaptação/ajustamento do indivíduo.

Apesar das diversas incertezas sobre os processos ocorridos no indivíduo para que alcance resiliência, acredita-se que as variáveis “risco e proteção” são peças fundamentais que se combinam no cenário complexo desse construto (PESCE e cols., 2004).

No entanto, ainda neste estudo encontrou-se que os eventos traumáticos da vida não estão necessariamente relacionados com características de um indivíduo resiliente. Ou seja, situação de risco, estresse e experiências adversas não contribuem, fundamentalmente, para a capacidade do indivíduo em lidar com adversidades. Estes autores consideram que os eventos negativos de vida são fatores de risco, pois podem impor um sofrimento que impede ou

dificulta a capacidade de seguir em frente, porém, esses eventos negativos podem também, em certos momentos, permitir uma reorganização da vida e vontade de seguir em frente.

No mesmo estudo citado anteriormente, os fatores de proteção demonstraram associação com a resiliência. Estes fatores de proteção, usualmente chamados de mediadores ou *buffers*, serão aqueles que, numa trajetória de risco, acabam por mudar o curso da vida da pessoa para um “final feliz” (YUNES; SZYMANSKI, 2001). Pode-se interpretar essa relação entendendo que os fatores de proteção abordados (auto-estima, apoio social, gênero e relacionamento com outras pessoas) atuam como facilitadores no processo individual de perceber e enfrentar o risco (PESCE *et al*, 2004).

Para Moraes e Koller (2004), a resiliência é entendida não como uma característica do indivíduo ou como uma capacidade inata, herdada por alguns “privilegiados”, mas a partir da interação dinâmica existente entre as características individuais e a complexidade do contexto social, entre as herdadas geneticamente e as pessoais desenvolvidas ao longo do ciclo vital e da sua relação com o ambiente social.

Já no contexto hospitalar, segundo Bianchini e Dell’Aglío (2006), a resiliência seria a capacidade de um indivíduo lidar com a doença, aceitando suas limitações, colaborando com aderência ao tratamento, readaptando-se e sobrevivendo de forma positiva.

Acreditamos que ao realizarmos um estudo que busque conhecer o nível de resiliência de pessoas com DM e o compararmos com a população em geral e também com outras patologias, assim como com variáveis sócio-demográficas, poderemos ampliar nosso conhecimento acerca da possibilidade de desenvolver maior resiliência nas pessoas com DM, contribuindo para um viver mais saudável dessas pessoas.

## **2 OBJETIVOS**

A presente pesquisa teve como objetivo geral: Conhecer o nível de resiliência de pessoas com DM tipo 1 e 2 de um hospital geral em um município do Sul do Brasil.

Esse objetivo geral se expressou em três objetivos específicos:

- 1) Identificar a relação entre os níveis de resiliência e o gênero da pessoa com DM tipo 1 e 2.
- 2) Identificar a relação entre os níveis de resiliência e a condição de saúde de pessoas com DM.
- 3) Identificar a relação entre os níveis de resiliência e o nível educacional de pessoas com DM tipo 1 e 2.

### 3 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa do tipo Survey, ou seja, uma pesquisa quantitativa não experimental de cunho observacional transversal, retrospectiva, composto por amostra intencional.

#### 3.1 LOCAL DO ESTUDO

Foi desenvolvido em um hospital geral no sul do Brasil em quatro unidades de atendimento: na Unidade de Emergência à Pessoa Adulta, no Ambulatório de Endocrinologia, e nas Clínicas Médicas e Cirúrgicas de Internação.

O referido hospital possui atendimento de emergência 24 horas que atinge a média de 400 pacientes por dia. As pessoas que procuram esta emergência são residentes de toda a região metropolitana do município, com prevalência dos habitantes dos bairros mais próximos. Realizando atendimentos totalmente vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), assumindo papel de referência estadual em patologias complexas, com grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte nas diversas especialidades, além de ser campo para o desenvolvimento de pesquisas de grande impacto nacional.

A escolha deste hospital foi influenciada pelo fato de desenvolvermos estágio supervisionado do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) nesta instituição, o que facilitou nosso acesso aos sujeitos do estudo.

A escolha inicial pela Unidade de Emergência para a realização do estudo foi em decorrência do elevado número de pessoas com o diagnóstico de DM que são atendidos neste serviço, tanto com complicações dessa doença como associada com outras doenças (crônicas ou agudas). No entanto muitas das pessoas com DM que procuraram o local não atendiam aos critérios de inclusão. Para possibilitar a realização de comparação entre os níveis de resiliência de pessoas com o mesmo diagnóstico em atendimento nas diferentes clínicas do hospital, decidimos efetuar a coleta junto ao ambulatório e nas clínicas de internação médica e cirúrgica.

### 3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população da pesquisa (N) foi composta por homens e mulheres com diagnóstico de DM tipo 1 ou 2 que procuram os serviços do hospital nos serviços de emergência, ambulatório e unidades de internação médica e cirúrgica no período de 10 de agosto a 10 de novembro de 2009.

Foi estabelecido que o número de participantes do estudo seria igual em cada unidade estudada, sendo determinado conforme o número de pessoas atendidas na emergência que se enquadravam nos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.

### 3.3 AMOSTRA DO ESTUDO

Pessoas que procuraram o Hospital no período firmado, que respeitavam os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.

A amostra (n) da pesquisa foi intencional, pois foram convidadas todas as pessoas atendidas nas unidades de Emergência, Internação e Ambulatório com o diagnóstico DM que atendiam os critérios de inclusão, durante o período estabelecido. O número de pessoas entrevistadas no ambulatório foi determinado pelo número obtido na Emergência e na Internação, visando obter o mesmo número de entrevistados nos três locais. Desse modo obtivemos um total de 60 entrevistas, sendo 20 em cada local.

#### **Critérios da Inclusão:**

- ter recebido o diagnóstico de DM há mais de 1 ano;
- ser maior de 18 anos;
- não apresentar desconforto, tais como: sonolência, dor, dispnéia;
- possuir acuidade cognitiva para responder ao questionário.

#### **Critérios de Exclusão:**

- não ter condições físicas ou emocionais para responder ao questionário;
- ter dificuldade de comunicação;
- ter déficit cognitivo.



Após a apresentação inicial indagamos sobre a condição e desejo de participar do estudo. Somente após esta etapa preliminar inicial, foi efetuado o convite formal, a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a coleta de dados. Foram assinadas duas vias do TCLE, sendo que uma cópia ficou com a coletadora de dados e a outra com o participante.

### 3.4 COLETA DE DADOS

Para a seleção dos sujeitos, foram consultados os censos diários no sentido de identificar as pessoas com DM.

A coleta dos dados foi desenvolvida em 3 etapas:

1ª etapa: Avaliação da resiliência através da Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC) (ANEXO 1);

2ª etapa: Aplicação do formulário sócio-demográfico (APÊNDICE 1);

3ª etapa: Aplicação do formulário sobre a situação saúde-doença (APÊNDICE 2).

A coleta de dados foi realizada e coordenada por três acadêmicas do curso de graduação em enfermagem e contou com o acompanhamento de uma professora do referido curso, orientadora da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas em ambiente favorável à comunicação, buscando respeitar o tempo necessário para compreensão do entrevistado.

Sentimos que a aplicação do questionário sobre Resiliência foi de difícil compreensão para algumas pessoas, pois incluem conceitos abstratos. Destacamos que as questões n<sup>os</sup>: 5, 8 e 18 foram as que apresentaram maior dificuldade de compreensão, necessitando de repetições por parte das entrevistadoras.

### 3.5 VARIÁVEIS

- **Resiliência** (quantitativa contínua): o nível de resiliência foi medido através da Escala de Resiliência de Connor-Davidson - CD-RISC (ANEXO 1)

Esta escala é composta de 25 questões, que medem competência pessoal, a tolerância de afeto negativo, e de apoio social. Os escores variam de 0 a 100, com maior pontuação significando maior resiliência. As opções de resposta assumem um valor para efetuar a soma do escore:

0 = Nunca é verdadeiro

1 = Raramente é verdadeiro

2 = Algumas vezes é verdadeiro

3 = Muitas vezes é verdadeiro

4 = Quase sempre é verdadeiro

A escala foi avaliada com relação a confiabilidade, a validade (consistência interna, teste-reteste, validade convergente e validade discriminante) e fator estrutural demonstrando-se com boas propriedades psicométricas e distingue entre aqueles com maior e menor resistência (CONNOR e DAVIDSON, 2003).

A escala foi originalmente elaborada em inglês e foi traduzida para português por Mercedes Trentini e Denise M. Guerreiro V. da Silva, sendo feito por elas um pré-teste da escala para avaliar a tradução (SILVA, 2008).

Os itens da escala foram disponibilizados aos entrevistados com o tempo que fosse necessário para a obtenção das respostas.

– **Variáveis sócio-demográficas** (APÊNDICE 1):

O formulário de coleta foi elaborado a partir da adaptação do instrumento desenvolvido por Lessmann, Silva, Nassar (2009), sendo que os dados obtidos por relato verbal dos entrevistados.

**Sexo** (qualitativa nominal): caracteriza-se pelo gênero do indivíduo, obtido pelo relato verbal.

**Idade** (quantitativa contínua): constitui o período de vida do indivíduo, sendo calculado com base na data de nascimento, obtido por relato verbal.

**Cor ou Raça** (qualitativa nominal): característica de cor de pelo ou origem racial declarada pelos entrevistados de acordo com as seguintes opções: branca, negra, parda/mestiça ou outra.

**Crença Religiosa** (qualitativa nominal): dado que se refere a rituais praticados sozinho ou em grupo e na crença em uma força transcendente, para a qual são dedicados sentimentos de amor, confiança ou respeito. Podendo ser Católica, Evangélica, Espírita ou outras religiosidades, obtido por relato verbal.

**Estado Civil** (qualitativa nominal): considerou-se estado civil a união formal ou informal com um parceiro (a), considerando as seguintes situações: solteiro, casado, divorciado/separado, outros, obtido por relato verbal.

**Filhos** (quantitativa discreta): número de filhos vivos do entrevistado. Também foram considerados como filhos os enteados vivos que estiverem sob tutela ou em convívio do entrevistado.

**Pessoas no domicílio** (quantitativa discreta): quantidade de pessoas que residem no domicílio do entrevistado, obtido por relato verbal.

**Escolaridade** (quantitativa contínua): avaliado o tempo em anos que o entrevistado frequentou a rede ensino no Brasil, considerando a última série concluída com aprovação, dado obtido por relato verbal.

**Fonte de Renda** (qualitativa nominal): considerada a origem da principal fonte de renda do entrevistado, obtido por relato verbal

**Rendimento Individual** (quantitativa contínua): número de salários mínimos que o entrevistado recebe ou não, tendo por base o valor de 465 reais, referente à medida provisória nº 456, de 30 de janeiro de 2009, obtido por relato verbal.

**Rendimento Familiar** (quantitativa contínua): número de salários mínimos de todos os integrantes da família que residem no domicílio, obtido por relato verbal.

**Responsável pelo Sustento da Família** (qualitativa nominal): membro da família responsável pela principal fonte de renda familiar, dado obtido por relato verbal.

**Ajuda Financeira** (qualitativa nominal): pessoa ou entidade responsável por auxiliar financeiramente o entrevistado, dado obtido por relato verbal.

**Propriedade do Domicílio** (qualitativa nominal): indica a posse do local onde a família reside. Dado obtido por relato verbal.

**Tipo de domicílio** (qualitativa nominal): material com que a moradia foi construída, podendo ser de alvenaria, madeira, mista (alvenaria e madeira) e outra, dado obtido por relato verbal.

– **Variáveis relacionadas à situação saúde-doença:** (APÊNDICE 2)

O formulário de coleta foi elaborado para a obtenção de dados por relato verbal dos entrevistados.

**Tempo de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 ou tipo 2** (quantitativa contínua): período após o recebimento do diagnóstico da doença. Dado obtido por meio de

questionamento acerca da data aproximada do recebimento do diagnóstico e será medido em anos.

**Diagnóstico e alteração na vida do paciente** (qualitativa nominal): interferência ou não do diagnóstico da doença na vida da pessoa. O dado foi obtido por relato verbal.

**Apoio** (qualitativa nominal): mostra se o indivíduo recebe ou não apoio para cuidar de seu problema de saúde e explora de quem recebe este apoio. Dado obtido por relato verbal.

**Tratamento** (qualitativa nominal): mostra se o indivíduo realiza ou não tratamento e explora porque realiza ou não. Explora o tipo de tratamento realizado. Dado obtido por relato verbal.

**Acompanhamento em saúde** (qualitativa nominal): indica qual o profissional com quem faz seu acompanhamento de saúde. Dado obtido por relato verbal.

**Percepção da glicemia** (qualitativa nominal): o entrevistado indica como está o controle da sua glicemia durante o seu dia-a-dia, utilizando para isto os resultados de glicemia, sinais e sintomas ou indicação de alguma outra pessoa (familiar ou profissional da saúde).

**Complicações decorrentes do diabetes** (qualitativa nominal): presença ou não de complicações decorrentes do DM, que podem ser agudas, como hiper/hipoglicemia e cetoacidose, ou crônicas, como retinopatia diabética, neuropatia diabética e doenças cardiovasculares. Dado obtido por relato verbal.

**Influência das complicações do Diabetes Mellitus na vida** (qualitativa nominal): o entrevistado avalia se as complicações do DM influenciam de alguma forma no seu cotidiano.

**Outras doenças** (qualitativa nominal): presença de outras doenças referidas pelo entrevistado.

**Situação de saúde** (qualitativa nominal): revela como a pessoa avalia a sua saúde no momento. Dado obtido por relato verbal

### 3.5 PROCESSAMENTO DE DADOS

Para a realização dos testes estatísticos foi utilizada a ferramenta computacional online *Sestatnet*. Inicialmente os dados foram registrados no programa Excel® da Microsoft®, distribuídos em tabelas segundo as variáveis escolhidas.

A análise dos dados provenientes da pesquisa foi efetuada utilizando a estatística descritiva (médias, medianas, desvio padrão, amplitude mínima e máxima) para as variáveis quantitativas. Quanto aos testes de hipóteses, efetuamos o teste *t* de Student entre variáveis com duas categorias e variáveis quantitativas, além do teste ANOVA entre dados com três categorias e quantitativos.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu a Resolução nº196/96 e suas complementares CNS/MS que dispõem sobre Diretrizes e Normas regulamentares na Pesquisa com Seres Humanos, especialmente no que diz respeito ao TCLE (APÊNDICE 3), aos princípios éticos de justiça, respeito à dignidade humana e beneficência; sendo garantido o sigilo e o anonimato e os resultados foram guardados em local seguro. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovado, sem restrições por meio do Processo nº221/09 (FR-276788) em julho de 2009.

O TCLE foi lido junto com o participante e caso ele não soubesse ler, outro membro da família foi convidado para efetuar esta leitura. Foram assinadas duas vias do termo, sendo que uma cópia ficou com a pessoa que coletou os dados e a outra com o participante.



## 5 RESULTADOS

Os resultados do relatório de pesquisa desenvolvido como Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, serão apresentados no formato de artigo científico, conforme acordado pelo Colegiado da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem, elaborado conforme as normas de uma revista de escolha dos alunos e orientador. Esta decisão objetiva estimular a pronta publicação das pesquisas desenvolvidas. A Revista Eletrônica de Enfermagem foi eleita para envio deste artigo, portanto utilizamos suas normas técnicas para elaboração do mesmo.

Chamamos atenção para o fato de que somente uma parte do “corpo de dados” obtidos é apresentada, discutida e analisada, uma vez que há limitação de páginas pelos periódicos, impossibilitando a inclusão de todos os dados existentes. A seguir apresenta-se o artigo elaborado: “Resiliência de pessoas com Diabetes Mellitus”, tendo como intuito favorecer a divulgação da produção do conhecimento em saúde e enfermagem.

**RESILIÊNCIA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS\***  
**RESILIENCIA DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS**  
**RESILIENCE OF PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS**

Bárbara Cristina Tavares†  
 Francine do Amaral Barreto†  
 Marília Lima Lodetti†  
 Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva‡  
 Juliana Cristina Lessmann§

**Resumo:** O estudo teve como objetivo investigar a resiliência de pessoas com Diabetes Mellitus (DM) atendidas em um hospital geral de Florianópolis/SC. **Método:** Estudo quantitativo transversal, desenvolvido com 60 sujeitos, utilizando a Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC). **Resultados:** Os escores de resiliência foram elevados, havendo associação entre resiliência e idade. Pessoas atendidas na emergência obtiveram resiliência significativamente superior às pessoas do ambulatório e unidades de internação. **Conclusão:** Pessoas com DM podem apresentar escores elevados de resiliência, compatível com uma população saudável e de países mais desenvolvidos. **Descritores:** Diabetes Mellitus, Resiliência, Hospital, Enfermagem.

**Resumen:** El objetivo de este trabajo fue investigar la resiliencia de las personas con Diabetes Mellitus (DM) que acuden a un hospital general en Florianópolis. **Método:** Estudio cuantitativo transversal, desarrollada con 60 personas, utilizando la Escala de Resiliencia Connor-Davidson (CD-RISC). **Resultados:** Los valores de resiliencia fueron elevados, habiendo una asociación entre resiliencia y edad. Personas atendidas en la emergencia obtubieron resiliencia significativamente superior a las personas del ambulatorio y unidades de internación. **Conclusión:** Las personas con diabetes pueden tener puntuaciones altas de resiliencia, compatible con una población sana y de los países más desarrollados. **Palabras-clave:** Diabetes Mellitus, resiliencia, Hospital, Enfermería.

**Abstract:** The study aimed to investigate the resilience of people with Diabetes Mellitus (DM) attending a general hospital in Florianopolis. **Method:** A quantitative cross, developed with 60 subjects, using the Resilience Scale Connor-Davidson (CD-RISC) **Results:** Resilience scores were high, no association between age and resilience. People attending the emergency resilience achieved significantly superior to those of outpatient and inpatient units. **Conclusion:** People with diabetes may have high scores of resilience, compatible with a healthy population and more developed countries. **Key-words:** Diabetes Mellitus, Resilience, Hospital, Nursing

---

\* Esta pesquisa faz parte de um Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e está vinculado ao projeto de pesquisa do NUCRON: Estresse e resiliência de mulheres com DM, financiado pelo CNPq.

† Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

‡ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Bolsista de produtividade do CNPq

§ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UFSC(NFR/UFSC).



## INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus (DM) constitui-se em uma síndrome de etiologia múltipla que se caracteriza pela falta de insulina e/ou incapacidade da insulina exercer de forma adequada seus efeitos<sup>(1)</sup>.

Essa patologia caracteriza-se também como uma doença crônica não transmissível que requer dos portadores adesão ao tratamento tanto medicamentoso quanto nutricional, realização de atividade física, acompanhamento contínuo de enfermagem e médico e apoio emocional oriundo de profissionais de saúde e de familiares<sup>(2)</sup>.

O DM está se tornando a epidemia do século e já afeta cerca de 246 milhões de pessoas em todo o mundo. Até 2025, a previsão é de que esse número chegue a 380 milhões. Estima-se, ainda, que boa parte das pessoas que têm DM desconhece a sua própria condição<sup>(3)</sup>.

Apesar da dificuldade para se encontrar dados oficiais sobre o número de portadores de DM no Brasil, o Ministério da Saúde (MS), através de sua Secretaria de Atenção à Saúde, vem trabalhando com o valor de 11 milhões de pessoas com DM no Brasil, a partir de um estudo de rastreamento de DM e hipertensão que realizou em 2001. O MS usa uma prevalência de 11% para pessoas acima de 40 anos<sup>(3)</sup>.

Da mesma forma, para estimar o número de pessoas com DM na cidade de Florianópolis, utilizamos a matriz apresentada por Augusto Pimazoni Netto<sup>(3)</sup>. Chegamos a uma previsão de 21.493 habitantes com DM em Florianópolis, ou seja, aproximadamente 5,41% dos habitantes da capital catariense tem DM. O cálculo foi efetuado considerando a estimativa do IBGE para 2007, que é de 396.723 habitantes em Florianópolis<sup>(4)</sup>.

Viver com essa doença significa ajustar-se à complexa reciprocidade entre as relações familiares, sentimentos, estilo de vida, mudanças de hábitos e rotinas, enfrentamento do novo, adaptação aos cuidados e procedimentos controle da glicemia. Muitas vezes, essas mudanças só se tornam efetivas com o apoio da rede familiar, objetivando um viver saudável das pessoas com a DM e a prevenção das complicações agudas e crônicas<sup>(5)</sup>.

Uma importante consideração sobre o trabalho do enfermeiro no cuidado e conforto de pessoas com DM está relacionada à educação em saúde, envolvendo a prevenção de complicações, a promoção da saúde por meio do melhor controle metabólico e da reabilitação<sup>(2)</sup>.

O enfermeiro necessita estabelecer vínculo com a pessoa, promovendo a troca de informações e permitindo que ela expresse seus sentimentos em relação a sua situação de saúde-doença, auxiliando dessa maneira na adesão e nas mudanças no estilo de vida<sup>(5)</sup>.

Uma doença nunca é a mesma para diferentes pessoas, ela não é única em suas manifestações e igualmente provoca reações singulares em cada um, que também é diferente e único<sup>(6)</sup>. Algumas conseguem superar os desafios e manter a doença sob controle, tendo uma vida saudável e harmoniosa. No entanto, outras encaram a doença como um grande problema, não conseguindo ter uma vida plena. Desta forma, a maneira como as pessoas percebem sua condição de saúde influencia no controle geral do seu estado de saúde-doença<sup>(7-8)</sup>. Nesse sentido, ao procurarmos compreender o que poderia estar relacionado a estas diferentes maneiras de lidar com o DM, encontramos no conceito de resiliência uma possibilidade de novos olhares e respostas.

O termo resiliência está relacionado aos processos psicossociais, os quais beneficiam o desenvolvimento sadio do ser humano, sem levar em consideração as adversidades e problemas enfrentados por ele<sup>(7)</sup>.

Resiliência é um conceito que pode contribuir para melhor compreensão do processo de produção de saúde que se desenvolve em meio a certa desorganização provocada, em muitos casos, pelas adversidades com as quais o indivíduo se depara ao longo de sua vida<sup>(9)</sup>.

Em estudo sobre resiliência, risco e proteção com 997 adolescentes com idade entre 12 a 19 anos, utilizando a Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young (1993), entre outras escalas para quantificar demais variáveis foi identificado que os fatores de proteção demonstraram associação com a resiliência<sup>(10)</sup>. Estes fatores de proteção, usualmente chamados de mediadores – *buffers*, serão aqueles que, numa trajetória de risco, acabam por mudar o curso da vida da pessoa para um “final feliz”<sup>(11)</sup>. Pode-se interpretar essa relação entendendo que os fatores de proteção abordados (auto-estima, apoio social, gênero, relacionamento com outras pessoas) atuam como facilitadores no processo individual de perceber e enfrentar o risco<sup>(10)</sup>.

É interessante destacar que a resiliência também pode ser desenvolvida, pois um dos grandes desafios para o próximo milênio é tornar as pessoas mais resilientes e lhes permitir resistência a conjunturas adversas que a vida proporciona<sup>(12)</sup>.

No presente estudo, a resiliência foi considerada como a capacidade de lidar com a doença, aceitando suas barreiras, contribuindo com adesão ao tratamento e sobrevivendo de forma positiva a uma doença crônica<sup>(7)</sup>. Um estudioso de destaque sobre resiliência<sup>(13)</sup>, afirma que resiliência não constitui uma característica ou traço individual, mas tem caráter processual.

Como um ponto forte sobre o estudo de resiliência, destaca-se que a mesma representa uma alternativa para que os profissionais da saúde possam trabalhar de forma

prioritária com a saúde, principalmente ao dar destaque às potencialidades dos indivíduos. Ou seja, desfaz algumas crenças, conceitos e a desesperança associada à dimensão de negatividade do processo saúde-doença que, atualmente, ainda sustenta às práticas profissionais em alguns setores da saúde<sup>(9)</sup>.

Acreditamos que ao realizarmos um estudo que busque conhecer a resiliência de pessoas com DM traremos uma importante contribuição para ampliar o conhecimento, construindo novas possibilidades para desenvolver maior resiliência nas pessoas com DM e contribuir para um viver mais saudável dessas pessoas.

Desse modo, o objetivo do estudo foi conhecer a resiliência de pessoas com DM, que buscam atendimento em um hospital geral de Florianópolis/SC, e buscar relacioná-la com as características sócio-demográficas e de saúde/doença destas pessoas.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo exploratório quantitativo transversal, com amostra intencional, desenvolvido em um hospital geral de Florianópolis/SC. A coleta de dados foi realizada nas unidades de: emergência adulto, ambulatório de endocrinologia e clínicas de internação médica e cirúrgica. Obtivemos um total de 60 entrevistas com pessoas com DM tipo 1 e 2 nos três setores, sendo 20 em cada local.

Os critérios de inclusão dos sujeitos do estudo foram: ter recebido o diagnóstico de DM há mais de 1 ano; ser maior de 18 anos; não apresentar desconforto, tais como: sonolência, dor, dispnéia; possuir acuidade cognitiva para responder ao questionário. Como critérios de exclusão foram adotados: não ter condições físicas ou emocionais de responder ao questionário; ter dificuldade de comunicação; ter déficit cognitivo.

A coleta de dados ocorreu entre de 10 de agosto e 10 de novembro de 2009, sendo efetuadas por três acadêmicas de enfermagem da UFSC, em três momentos.

No primeiro momento da entrevista foi utilizada a Escala de Resiliência de Connor-Davidson - CD-RISC<sup>(14)</sup>, traduzida por Trentini e Silva (2008). O instrumento é composto de 25 itens, que medem competência pessoal, tolerância de afeto negativo e de apoio social. Os escores variam de 0 a 100, com maior pontuação significando maior resiliência.

No segundo momento, foram obtidas informações sócio-demográficas e em seguida, informações sobre a condição de saúde-doença.

Os dados coletados foram inseridos em um arquivo no programa Excel® da Microsoft® e exportados para ferramenta computacional on-line SStatNet/UFSC<sup>1</sup>, sendo efetuada estatística descritiva para variáveis qualitativas (frequências absoluta e relativa) e quantitativas (mínimo, máximo, média, desvio padrão e quartis). Quanto aos testes de hipóteses, efetuamos o teste *t* de Student entre variáveis com duas categorias e variáveis quantitativas, além do teste ANOVA entre dados com três categorias e quantitativos.

A pesquisa respeitou os aspectos éticos previstos na Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(15)</sup>, bem como foi aprovada sem restrições pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, através do Processo nº221/09 (FR-276788) em julho de 2009.

## RESULTADOS

A população com DM pesquisada foi composta por 60% de mulheres e 40% de homens que possuíam em média 77 anos de idade com desvio padrão (DP) de 12,6 anos, com idade mínima de 19 anos e máxima de 81 anos.

Todos os sujeitos referiram possuir religião, sendo a católica a mais referida. A relação conjugal era estável para a maioria deles, e a grande totalidade morava com outras pessoas. O nível de escolaridade era baixo, com quase 70% dos participantes apresentando até quatro anos de escolaridade (ensino fundamental incompleto), conforme consta na Tabela 1.

A renda dos entrevistados era baixa, com 70% deles recebendo até dois salários mínimos, se considerando apenas a contribuição da pessoa com DM. Observando a renda familiar, cerca de 80% recebia até três salários mínimos. A fonte de renda de 53% dessas pessoas era a aposentadoria, sendo que o principal responsável pelo sustento da família era a própria pessoa com DM.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas de pessoas com DM.  
Florianópolis. 2009.

Características Sócio-demográficas	N	%	Emergência	%	Clínicas Médica e Cirúrgica	%	Ambulatório	%
<b>Religião</b>								
Católica	44	73,34	14	23,33	14	23,33	15	25
Evangélica	11	18,33	03	5	04	6,66	04	6,66
Outras	05	8,33	03	5	02	3,33	01	1,66

<sup>1</sup> SStatNet/UFSC - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. SStatNet é um ambiente flexível de ensino-aprendizagem de Estatística por meio da internet. Disponível no endereço eletrônico: <http://www.sestatnet.ufsc.br>.

**Estado marital**

Solteiro	04	6,67	01	1,66	03	5	00	0
Casado	41	68,33	14	23,33	11	18,33	16	26,66
Viúvo	10	16,67	04	6,66	06	10	00	0
Divorciado	05	8,33	01	1,66	00	0	04	6,66

**Com quem reside**

Sozinho	08	13,33	03	5	04	6,66	01	1,66
Pai/mãe	01	1,66	01	1,66	00	0	00	0
Cônjuge	14	23,33	03	5	03	5	08	13,33
Filhos (as)	08	13,33	03	5	04	6,66	01	1,66
Cônjuge e filhos (as)	26	43,33	10	16,66	07	11,66	09	15
Outros	03	5	00	0	02	3,33	01	1,66

**Escolaridade**

Analfabeto; sabe ler ou escrever	45	75	03	5	05	8,33	01	1,66
Ensino Fundamental incompleto	13	21,66	08	13,33	11	18,33	13	21,66
Ensino Fundamental completo ou mais	02	3,34	09	15	04	6,66	06	10

**Renda Individual**

≤ 2 salários mínimos	42	70	12	20	17	28,33	13	21,66
≥ 3 salários mínimos	12	20	06	10	02	3,33	04	6,66
Não soube/quis responder	06	10	02	3,33	01	1,66	03	5

**Renda familiar**

≤ 2 salários mínimos	24	40	05	8,33	10	16,66	09	15
≥ 3 salários mínimos	24	40	11	18,33	04	6,66	09	15
Não soube/quis responder	12	20	04	6,66	06	10	02	3,33

**Idade**

≤ 60 anos	26	43,33	5	8,33	6	10	15	25
> 60 anos	34	56,66	15	25	14	23,33	5	8,33

Em relação ao tempo do diagnóstico de DM, houve uma frequência maior de pessoas que tinham diagnóstico há mais de 10 anos (53,3%) e 21,6% dos indivíduos receberam o diagnóstico há menos de 5 anos.

Com relação à influência do DM, a maioria respondeu que a doença mudou sua vida, sendo essa mudança representada principalmente pela alteração da rotina, alteração da sensibilidade emocional, restrição na alimentação e uso de medicamentos.

Com relação ao tratamento realizado, 3,33% revelaram que não realizam nenhum tipo de tratamento e 5% que realizam às vezes e o restante afirma que efetua o tratamento para DM. Dentre os que apontaram motivos para realizar o tratamento, 23 pessoas (48,93%) responderam que realizam para melhorar a qualidade de vida, 15 pessoas (31,91%) para controlar o DM e 9 (19,14%) disseram ter medo de complicações.

Quanto à própria avaliação do controle glicêmico, 29 entrevistados (48,33%) responderam que mantém a glicemia controlada, porém uma parte considerável dos entrevistados (30%) avalia que seu controle glicêmico sofre variações importantes, estando somente às vezes controlado. Para 13 pessoas (21,66%) sua glicemia tem um mau controle e pouca estabilidade.

Cerca de 62% dos entrevistados afirmam ter complicações decorrentes do DM, com alterações visuais referidas por 41,26%. As pessoas que se sentem afetadas pelas complicações do DM indicam que estas influenciam principalmente nas atividades da vida diária e nos relacionamentos com familiares e amigos.

Com relação à própria percepção de saúde, as pessoas que participaram da pesquisa, em sua maioria (51,67%), avaliaram que sua saúde atualmente encontrava-se regular, 26,67% avaliaram como ruim e 21,66% consideraram-se em bom estado de saúde.

Com relação à resiliência, os dados são apresentados na tabela 2. Constatamos uma variação expressiva nos escores (de 46 a 100), com um desvio padrão geral de 12,56.

Tabela 2 – Resiliência de pessoas com DM, nos três locais de atendimento e segundo sexo.

Florianópolis. 2009.

Resiliência	Média Geral	Emergência	Clínicas médica e cirúrgica	Ambulatório	Mulheres	Homens
Média	77,96	84,35	77,60	71,95	78,58	77,04
Desvio-padrão	12,56	7,67	13,41	13,03	12,61	12,68
Mínimo	46,00	72,00	53,00	46,00	46,00	52,00
Máximo	100,00	97,00	100,00	97,00	100,00	97,00
1o. Quartil	70,00	79,50	69,00	60,50	69,50	71,00
3o. Quartil	87,00	90,50	87,50	80,00	88,00	86,00

Efetuada a relação entre resiliência e local da entrevista, por meio do teste ANOVA, obtivemos um p-valor de 0,0082, mostrando que há associação entre as 2 variáveis, ou seja, há diferença significativa dos valores de resiliência entre o ambulatório e a emergência.

Observando o DP da resiliência nos diferentes locais, percebemos que na emergência o mesmo possui um valor inferior se comparado aos demais locais (7,67), evidenciando que a população da emergência, além de ter escores de resiliência mais elevados, também é mais homogênea em relação a esses escores.

Com relação ao sexo, não houve mudança significativa entre os escores de homens e mulheres em nossa amostra.

Efetuando o teste de *t* de Student foi possível evidenciar que não há associação entre as variáveis escolaridade (até quatro anos de escolaridade e mais de quatro anos de escolaridade) e resiliência, uma vez que obtivemos um p-valor de 0.2396078.

Realizamos este mesmo teste e verificamos que existe relação entre idade e resiliência (*t* de Student = -2.634998, p-valor = 0.0058909). Dividindo a amostra conforme a idade dos participantes do estudo, sendo o grupo 1 as pessoas que possuíam idade menor ou igual a 60 anos, e o grupo 2 as pessoas com mais de 60 anos e relacionando com os escores de resiliência, observamos que a média de resiliência do grupo 1 foi de 72,92 (DP 13,97), enquanto no grupo 2 foi de 81,57 (DP 10,18).

## DISCUSSÃO

O escore médio de resiliência obtido (77,96) foi semelhante ao encontrado no estudo de Connor e Davidson<sup>(14)</sup> com relação à população em geral (80,4), apesar de nosso estudo ter sido realizado com pessoas com DM buscando atendimento em um hospital (emergência, internação e ambulatório). Algumas possibilidades que podem justificar tais achados têm relação com o referido por Pesce *et al*<sup>(10)</sup> em seu estudo sobre a possibilidade de eventos negativos permitirem uma reorganização da vida e vontade de seguir em frente. Reforça esta possibilidade, o fato da maioria dos nossos entrevistados terem DM há mais de dez anos. Com base neste argumento, podemos acrescentar que as pessoas reconheceram que o DM modificou suas vidas, tanto em relação ao cotidiano quanto nas mudanças emocionais.

Analisando os escores entre os três locais onde as pessoas foram entrevistadas, percebemos que houve uma diferença significativa entre estas variáveis (p-valor de 0.0082), sendo que os escores das pessoas atendidas na emergência foram bem mais elevados, quando comparados com as pessoas atendidas no ambulatório e internação. Uma das possíveis justificativas para este achado é o fato de que a resiliência se desenvolve a partir do binômio fator de risco X fator de proteção<sup>(16)</sup>. Assim, pessoas vivenciando uma complicação de sua saúde, que demandou seu atendimento em uma unidade de emergência, mobilizaram uma maior resiliência para o enfrentamento desta condição.

A comparação entre os escores médios da resiliência de homens e mulheres não foi significativa, fato semelhante ao resultado que foi obtido nos estudos de outros autores<sup>(14, 10)</sup>, apesar deste último estudo ter usado diferente instrumento de avaliação da resiliência.

A alta taxa de adesão ao tratamento (91,67%) observada diferiu do obtido em outros estudos que apontaram para uma adesão de até 50% em pessoas com DM<sup>(17)</sup>. Acreditamos que é em decorrência de estarem em atendimento em um hospital, além da pergunta ter sido feita de forma genérica sem avaliar o grau de efetividade e o nível de adesão. Mesmo em relação à atividade física cuja adesão média tem sido de 25% dentre aqueles que receberam orientação<sup>(18)</sup>, nosso achado de 35% foi superior.

Outros fatores que podem contribuir para a melhor resiliência das pessoas estudadas é o fato de que a maioria referiu morar com outras pessoas e contar com apoio para conviverem melhor com a sua doença. Yunes<sup>(19)</sup> afirma, baseada também em outros estudos, que o apoio de pessoas significativas e próximas contribui para a superação de adversidades da vida, colaborando deste modo para o aumento da resiliência.

Esta mesma autora<sup>(19)</sup> também destaca que a baixa renda não é condição para baixa resiliência, ajudando-nos a compreender que mesmo numa população com condições financeiras desfavoráveis, como a do presente estudo, seus escores de resiliência foram semelhantes a uma população americana, que possui nível sócio-econômico mais elevado e que não apresentava qualquer tipo de doença.

Quanto à escolaridade não houve diferença estatística entre os grupos com mais baixa e mais alta escolaridade e a resiliência, ou seja, não há relação significativa entre resiliência e escolaridade, visto que o p-valor foi superior a 0,05.

A relação entre resiliência e idade (maior ou igual à 60 anos e maior que 60 anos) obteve significância podendo afirmar que pessoas com idade maior que 60 anos tem mais resiliência. Isso pode estar relacionado ao fato de que ao atingir a velhice, a pessoa já enfrentou vários acontecimentos adversos que podem ter ameaçado seu processo de crescimento e o desenvolvimento continuado. Dessa forma, se a pessoa atingiu mais de 60 anos de vida é porque se adaptou aos êxitos e perdas, aceitando os limites da vida e o ganho de um sentido de pertencer a uma história mais ampla, mantendo o senso de integridade. No entanto, esta afirmação precisa ainda ser melhor avaliada em outros estudos específicos<sup>(20)</sup>.



## CONCLUSÕES

O acometimento por uma doença crônica, em especial o DM, supõe mudanças significativas na vida de uma pessoa, não somente pelos efeitos deletérios da própria doença, mas também pelas medidas de controle glicêmico, dieta, realização de atividade física e possível mudança do estado emocional.

Neste construto entendemos que o conceito de resiliência pode ser associado a pessoas com DM, pois em nosso estudo constatamos que mesmo com essa doença que implica em várias complicações crônicas, com idade avançada, com baixa renda e com baixa escolaridade, as pessoas apresentaram escores elevados de resiliência, compatível com uma população saudável e de países mais desenvolvidos, o que nos permite afirmar, assim como outros autores já o fizeram, que fatores de risco também podem elevar o nível de resiliência em pessoas com DM e não apenas os fatores de proteção estão associados a escores elevados.

O gênero não tem se expressado como um fator importante para resiliência. Neste e em outros estudos<sup>(10, 14)</sup> conclui-se que não há diferença significativa entre a resiliência de homens e mulheres adultos.

A compreensão de que a resiliência é dinâmica e que pode ser desenvolvida, nos remete a pensar que ela é relevante para melhorar a qualidade de vida de pessoas com DM, já que também aborda os aspectos virtuosos e a possibilidade de superação e adaptação diante de uma doença crônica, o que propõe novas perspectivas no desenvolvimento da educação em saúde.

Dessa forma, percebemos que para desenvolver a resiliência é necessário focalizar aspectos mais positivos, reforçando e estimulando os aspectos como auto-estima, felicidade, otimismo, esperança, satisfação, bem como estimular o convívio social e a busca por redes de apoio, sendo esta rede familiar, de amigos ou de profissionais de saúde.

Os resultados obtidos suscitam questões para novos estudos, servindo como um estímulo para investir mais nesta temática que traz para a enfermagem e a saúde novas perspectivas no desenvolvimento de um enfrentamento mais efetivo da condição crônica.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Programa de educação permanente em hipertensão arterial e diabetes mellitus para os municípios com população acima de 100 mil habitantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. [acesso em 19 mai 2009]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/projeto\\_educacao\\_permanente-maio14.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/projeto_educacao_permanente-maio14.pdf).

2. Ferreira, FS. Qualidade de vida relacionada à saúde de indivíduos com Diabetes Mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família do município de Uberaba, 2007. [Dissertação na Internet]. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2008.136p. [acesso em 10 nov 2009]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-03092008-130606>.
3. Sociedade Brasileira de Diabetes. Dia Mundial do Diabetes. [Internet] Rio de Janeiro, RJ [acesso em 14 nov 2009]. Disponível em <http://www.diamundialdodiabetes.org.br/>.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE cidades @. [Internet] Rio de Janeiro, RJ. [Acesso em 18 nov 2009]. Estimativa população de Florianópolis, 2007. Disponível em: [www.ibge.gov.br/cidadesat](http://www.ibge.gov.br/cidadesat)
5. Rossi, VEC. Suporte Social familiar no cuidado de pessoas adultas com diabetes mellitus tipo 2. [Tese de doutorado na internet] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2005.146p. [acesso em 14 nov 2009] Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-21092005-094720>.
6. Camon, VAA. E a psicologia entrou no hospital. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.
7. Bianchini, DCS; Dell'Aglio, DD. Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. Paidéia [periódico na Internet]. 2006. [acesso em 16 mai 2009]; 16(35):[aproximadamente 9p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n35/v16n35a13.pdf>
8. Tavares, DMS; Rodrigues, FR.; Silva, CGC; Miranzi, SSC. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. Ciênc. Saúde Coletiva [periódico na Internet]. Set-Out 2007 [acesso em 16 nov 2009]; 12 (5): [aproximadamente 11p.] Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000500032](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500032).
9. Silva, MRS; Elsen, I e Lacharite, C Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. Paidéia [periódico na internet]. 2003. [acesso em 18 nov 2009]; 13 (26): [aproximadamente 9p.] Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103863X2003000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103863X2003000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt).
10. Pesce, RP; Assis, SG.; Santos, N; Oliveira, RVC. Risco e proteção: Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. Psicologia: Teoria e Pesquisa [periódico na internet] mai-ago 2004 [acesso em 13 jun 2009] 20 (2): [aproximadamente 8p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ptp/v20n2/a06v20n2.pdf>.
11. Yunes, MA; Szyymanski, H. Resiliência: Noção, Conceitos afins e considerações críticas. J. Tavares (Org.), Resiliência e Educação São Paulo: Cortez; 2001. p. 13-42. [acesso em 23 jun 2009].Disponível em: [http://www.psiquiatriageral.com.br/psicossomatica/resiliencia\\_nocoas\\_conceitos.htm](http://www.psiquiatriageral.com.br/psicossomatica/resiliencia_nocoas_conceitos.htm),
12. Taboada, NG; Legal, EJ; Machado, N. Resiliência: em busca de um conceito. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. [periódico na internet]. dez 2006 [acesso em 10 nov 2009] 16 (3): [aproximadamente 9p.]. Disponível em: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412822006000300012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822006000300012&lng=pt&nrm=iso).
13. Rutter, M. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. Malden – MA: Journal of Family Therapy; 1999. 21: [aproximadamente 25p].

- 14.** Connor, KM.; Davidson, JRT. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*; 2003. 18: [aproximadamente 8p.].
- 15.** Ministério da Saúde (Brasil). Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* [Internet]. Out 1996 [acesso em 19 jun 2009]. Disponível em:  
<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>
- 16.** Pinheiro, DPN. *A Resiliência em Discussão*. Maringá, PR: Psicologia em Estudo; 2004. p.67-75.
- 17.** Assunção, TS; Ursine, PGS. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. *Belo Horizonte, MG: Ciência e Saúde Coletiva*, Dez 2008. 13 (2) [aproximadamente 8p].
- 18.** Assunção, MCF; Santos, IS; Costa, JSD. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública*; jan./fev 2002. 18 (1): [aproximadamente 6p].
- 19.** Yunes, MAM. *Psicologia e Resiliência: o foco no indivíduo e na família*. Maringá: Psicologia em Estudo; 2003. p.75-84
- 20.** Silva, AI; Alves, VP. *Envelhecimento: Resiliência e Espiritualidade. - História de vida de idosos: superar as adversidades sem perder o senso de integridade*. *Diálogos Possíveis* [periódico na Internet] janeiro/junho 2007 [acesso em 21 nov 2009]. [aproximadamente 20p]. Disponível em: <http://www.faculdaDESocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/14.pdf>

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da disciplina Estágio Supervisionado II, desde a escolha do local para a realização do estágio até o desenvolvimento do tema escolhido para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), foram fatores que requereram força de vontade e dedicação de todas nós, uma vez que o campo trabalhado não foi nossa primeira opção de escolha para desenvolver o estágio.

Durante a disciplina, realizamos a pesquisa quantitativa com pessoas que apresentavam DM para o desenvolvimento do nosso artigo (Resiliência de Pessoas com Diabetes Mellitus), utilizando a aplicação de questionários e técnicas estatísticas. Tivemos dificuldade para alcançar nossa meta de entrevistados na emergência, em decorrência desse ambiente apresentar muitas pessoas que não atendiam aos critérios de inclusão para responder ao questionário. Foi então, que partimos para as unidades de internação e o ambulatório e com muito esforço conseguimos o número de entrevistas, sendo nossa meta reavaliada no decorrer do semestre e estipulado um novo valor para tal.

Podemos ressaltar como resultado de nossa pesquisa que a resiliência é dinâmica e que pode ser desenvolvida na enfermagem, pois nos estimula a acreditar que esse tema é essencial para melhorar a qualidade de vida de pessoas com DM, já que também aborda os aspectos virtuosos e a possibilidade de superação e adaptação diante de uma doença crônica, nos trazendo novas perspectivas no desenvolvimento da educação em saúde.

Cabe destacar que sentimos algumas dificuldades no desenvolvimento de uma pesquisa científica, uma vez que o curso de graduação possui espaços limitados em sua grade curricular dedicados ao desenvolvimento de pesquisas. Vemos a importância de que todos tenham a oportunidade de conhecer o papel do enfermeiro como pesquisador e sugerimos que desde o início da graduação os alunos possam participar de projetos de pesquisa, não somente como uma opção individual de participar de grupos de pesquisa, mas de ter isto como parte do currículo.

Podemos citar que apenas uma integrante do grupo teve a oportunidade de fazer parte de um grupo de pesquisa. No entanto, de qualquer forma, também nunca tinha realizado uma pesquisa em todas as suas etapas.

Dessa forma, fica a lição de melhoria constante das nossas habilidades teóricas e práticas, para sempre buscarmos ser profissionais bem preparadas e saber acolher melhor a equipe na qual vamos trabalhar, assim como os pacientes. Aprendemos a ser enfermeiras e

pesquisadoras com iniciativa e, acima de tudo compreendemos quais são as prioridades a serem trabalhadas, sempre buscando promover a saúde de todos, características estas que observamos nas enfermeiras supervisoras e em nossa orientadora.

## REFERÊNCIAS

- ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. **Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus**, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública; jan./fev 2002. 18 (1): [aproximadamente 6p].
- ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. **Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte**. Belo Horizonte, MG: Ciência e Saúde Coletiva, Dez 2008. 13 (2) [aproximadamente 8p].
- BIANCHINI, D. C. S; DELL'AGLIO, D. D. **Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso**. Paidéia [periódico na Internet]. 2006. [acesso em 24 jun 2009]; 16(35):[aproximadamente. 9p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n35/v16n35a13.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistemas de Informação HIPERDIA**. [acesso em 28 jun 2009.] Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id\\_area=807](http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Programa de educação permanente em hipertensão arterial e diabetes mellitus para os municípios com população acima de 100 mil habitantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. [acesso em 19 mai 2009]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/projeto\\_educacao\\_permanente-maio14.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/projeto_educacao_permanente-maio14.pdf).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS** sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [Internet]. Out 1996 [acesso em 19 jun 2009]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>
- CAMON, V. A. A. **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.
- CONNOR, K. M.; DAVIDSON, J. R.T. **Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)**. Depression and Anxiety; 2003. 18: [aproximadamente 8p.].
- FERREIRA, F. S. **Qualidade de vida relacionada à saúde de indivíduos com Diabetes Mellitus atendidos por uma Equipe de Saúde da Família do município de Uberaba, 2007**. [Dissertação na Internet]. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2008.136p. [acesso em 10 nov 2009]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-03092008-130606>.
- FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. M. G. V. **O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência**. Texto & Contexto enfermagem, 2007. 16: [aproximadamente 6p.]
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE cidades @**. [Internet] Rio de Janeiro, RJ. [Acesso em 18 nov 2009]. Estimativa população de Florianópolis, 2007. Disponível em: [www.ibge.gov.br/cidadesat](http://www.ibge.gov.br/cidadesat)
- LESSMANN, J. C.; SILVA, D. M. G. V.; NASSAR, S. M. **Mulheres com Diabetes Mellitus tipo perfil sócio demográfico, biométrico e de saúde**. Resultados de Dissertação de

Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), 2009.

**MEDIDA PROVISÓRIA Nº 456.** [Internet]. 30 de janeiro de 2009. [acesso em: 22 jun 2009] Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/45/2009/456.htm>.

MORAIS, N. A.; KOLLER, S. H. **Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: Ênfase na saúde.** Em S. H. Koller (Org.), *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisas e intervenção no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004 [acesso em: 24 jun 2009] [aproximadamente 16p] Disponível em: [http://books.google.com/books?id=Ntljjs0UtGUC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs\\_v2\\_summary\\_r&cad=0](http://books.google.com/books?id=Ntljjs0UtGUC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_v2_summary_r&cad=0)

PESCE, R. P.; ASSIS, S.G.; SANTOS, N; OLIVEIRA, R. V. C. **Risco e proteção: Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência.** Psicologia: Teoria e Pesquisa [periódico na internet] mai-ago 2004 [acesso em 23 jun 2009] 20 (2): [aproximadamente 8p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ptp/v20n2/a06v20n2.pdf>.

PINHEIRO, D. P. N. **A Resiliência em Discussão.** Maringá, PR: Psicologia em Estudo; 2004. p.67-75.

ROSSI, V. E. C. **Suporte Social familiar no cuidado de pessoas adultas com diabetes mellitus tipo 2.** [Tese de doutorado na internet] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2005.146p. [acesso em 14 nov 2009] Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-21092005-094720>.

RUTTER, M. **Resilience concepts and findings: implications for family therapy.** Malden – MA: Journal of Family Therapy; 1999. 21: [aproximadamente 25p].

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. Dia Mundial do Diabetes. [Internet] Rio de Janeiro, RJ [acesso em 14 nov 2009]. Disponível em <http://www.diamundialdodiabetes.org.br/>.

SILVA, A. I.; ALVES, V. P. **Envelhecimento: Resiliência e Espiritualidade.** - História de vida de idosos: superar as adversidades sem perder o senso de integridade. Diálogos Possíveis [periódico na Internet] janeiro/junho 2007 [acesso em 21 nov 2009]. [aproximadamente 20p]. Disponível em: <http://www.faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/14.pdf>

SILVA, D. G. V. **Mulheres com Diabetes Mellitus Tipo 2: estresse e resiliência.** Projeto de Pesquisa CNPq. Florianópolis, 2008.

SILVA, M. R. S.; ELSEIN, I.; LACHARITE, C. **Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área.** Paidéia [periódico na internet]. 2003. [acesso em 18 nov 2009]; 13 (26): [aproximadamente 9p.] Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103863X2003000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103863X2003000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt).

TABOADA, N.G.; LEGAL, E.J.; MACHADO, N. **Resiliência: em busca de um conceito.** Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. [periódico na internet]. dez 2006 [acesso em 10 nov 2009] 16 (3): [aproximadamente 9p.]. Disponível em: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412822006000300012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822006000300012&lng=pt&nrm=iso).

TAVARES, D. M. S.; DRUMOND, F. R.; PEREIRA, G. A. **Condições de saúde de idosos com diabetes no município de Uberaba, Minas Gerais.** Texto contexto – enfermagem, 2008 [acesso em: 28 jun 2009.] 17: (2); [aproximadamente 7p] Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000200017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200017).

TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, F. R.; SILVA, C. G. C.; MIRANZI, S. S. C. **Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária.** Ciênc. Saúde

Coletiva [periódico na Internet]. Set-Out 2007 [acesso em 20 jun 2009]; 12 (5): [aproximadamente 11p.] Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000500032](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500032).

YUNES, M. A. M. **Psicologia e Resiliência**: o foco no indivíduo e na família. Maringá: Psicologia em Estudo; 2003. p.75-84

YUNES, M. A.; SZYMANSKI, H. **Resiliência: Noção, Conceitos afins e considerações críticas**. J. Tavares (Org.), Resiliência e Educação São Paulo: Cortez; 2001. p. 13-42. [acesso em 23 jun 2009]. Disponível em: [http://www.psiquiatriageral.com.br/psicossomatica/resiliencia\\_nocoas\\_conceitos.htm](http://www.psiquiatriageral.com.br/psicossomatica/resiliencia_nocoas_conceitos.htm).



## APÊNDICE 1

Identificação numérica: \_\_\_\_\_

### FORMULÁRIO 1 - SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Data da entrevista: ...../...../2009

1. Sexo: ( ) M ( ) F
2. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.
3. Qual a cor da pele?  
( ) branca ( ) negra ( ) parda/mestiça ( ) Outra: \_\_\_\_\_
4. Qual sua religião?  
( ) católico ( ) evangélico ( ) espírita ( ) Outra \_\_\_\_\_
5. Qual seu estado civil?  
( ) solteiro ( ) casado ( ) divorciado/separado ( ) Outro: \_\_\_\_\_
6. Você tem filhos?  
( ) sim ( ) não Quantos? \_\_\_\_\_
7. Você mora com alguém?  
( ) sim ( ) não
- 8.1 Se sim, quantas pessoas moram com você? \_\_\_\_\_
- 8.2 Quem mora com você? (indique em número)  
( ) mãe ( ) pai ( ) esposa/o/companheiro/a ( ) filhos/as  
( ) irmãos ( ) outros \_\_\_\_\_
- 9 Até que ano/série estudou?  
( ) não estudou ( ) não estudou mas sabe ler ou escrever  
( ) fundamental completo ( ) fundamental incompleto  
( ) ensino médio completo ( ) ensino médio incompleto  
( ) ensino superior completo ( ) ensino superior incompleto  
( ) outro. Qual? \_\_\_\_\_
- 10 Qual sua principal fonte de renda financeira?  
( ) emprego formal ( ) emprego informal ( ) renda familiar  
( ) seguro-desemprego ( ) renda companheiro/a ( ) aposentadoria  
( ) outro. Qual? \_\_\_\_\_
- 11 Qual sua renda mensal?  
( ) Não tenho renda mensal  
\_\_\_\_\_ salários mínimos
- 12 Qual a renda mensal da família?

\_\_\_\_\_salários mínimos

13 Quem é o principal responsável pelo sustento da família?

( ) próprio paciente    ( ) mãe    ( ) pai    ( ) companheiro/a  
( ) filhos/as    ( ) irmãos    ( ) outros \_\_\_\_\_

14 Você recebe ajuda financeira de alguém?

( ) Sim    ( ) Não

14.1 Se sim, de quem recebe ajuda financeira?

( ) mãe    ( ) pai    ( ) companheiro/a    ( ) filhos/as    ( ) irmãos  
( ) outros \_\_\_\_\_

15 Reside em casa:

( ) própria    ( ) alugada    ( ) outra: \_\_\_\_\_

16 Tipo de moradia:

( ) alvenaria    ( ) madeira    ( ) mista    ( ) outra: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 2

Identificação numérica: \_\_\_\_\_

**FORMULÁRIO 2 – SITUAÇÃO SAÚDE-DOENÇA**

1. Há quanto tempo descobriu a doença? \_\_\_\_\_

2. A descoberta da doença mudou vida?

( ) sim ( ) não

2.1 Se sim, como mudou?

---

---

---

3. Recebeu apoio de alguém, assim que descobriu a doença?

( ) sim ( ) não

3.1. Se sim, de quem?

( ) Mãe ( ) Pai ( ) Companheiro/a ( ) Filhos/as

( ) Irmãos ( ) Outros \_\_\_\_\_

4. Atualmente conta com ajuda de alguém no seu problema de saúde?

( ) sim ( ) não

4.1 Se sim, de quem?

( ) Mãe ( ) Pai ( ) Companheiro/a ( ) Filhos/as ( ) Irmãos

( ) Outros \_\_\_\_\_

4.2. Que tipo de ajuda recebe? \_\_\_\_\_

---

5. Realiza tratamento?

( ) sim ( ) não ( ) as vezes

5.1. Por quê? \_\_\_\_\_

---

---

5.2. Que tipo de tratamento realiza?

( ) Medicamentos: ( ) insulina ( ) comprimidos

( ) Exercício físico ( ) Dieta

( ) Outros \_\_\_\_\_

6. Faz acompanhamento com:

( ) Enfermeiro ( ) Médico ( ) Outro \_\_\_\_\_

7. Como avalia o controle de sua glicemia (açúcar no sangue)?

( ) sempre controlada ( ) muitas vezes controlada

( ) as vezes controlada ( ) quase nunca controlada

( ) nunca controlada

8. Apresenta complicações decorrentes do diabetes?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

8.1. Se sim, quais?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8.2. A(s) complicação(ões) do diabetes influencia(m) sua vida?

( ) Sim ( ) Não

8.3 Se sim, como influencia:

( ) na rotina

( ) nos relacionamentos com familiares

( ) nos relacionamento com amigos

( ) em outras coisas. Quais \_\_\_\_\_

9. Apresenta outras doenças?

( ) Sim ( ) Não

9.1 Se sim, quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Como você avalia sua saúde atualmente?

( ) Excelente ( ) Boa ( ) mais ou menos ( ) Ruim ( ) Péssima

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 3



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos o/a Senhor/a para participar do estudo intitulado “Resiliência de pessoas com diabetes mellitus” que será coordenado pela Enfermeira Professora Doutora Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. O estudo tem como objetivo Conhecer o nível de resiliência (resistência para enfrentar situações) de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 1 e 2 que forem atendidas no Hospital Universitário da

A coleta de dados será realizada através de entrevista, contendo perguntas sobre sua situação de saúde e doença e sobre alguns aspectos de sua vida: data de nascimento, religião, escolaridade, salário, entre outras. Serão também realizadas perguntas que fazem parte de uma escala para medir sua resiliência (resistência para enfrentar situações da sua vida).

Garantimos que seu nome e qualquer outro dado que possa identificá-la serão mantidos em segredo e que o/a Senhor/a terá liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, mesmo que já tenha assinado este termo de consentimento, não causando qualquer custo ou prejuízo ao senhor/a.

Após ler este termo ou pedir que seu familiar leia, e caso aceite participar da pesquisa, pedimos que o assine ou carimbe seu dedo ao final da folha. Quando o familiar ler o termo, pedimos que também assine este papel.

Caso necessite de maiores informações ou tenha alguma dúvida, poderá entrar em contato a qualquer momento com:

**- Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva:**

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Bairro Trindade, Florianópolis/SC, Cep: 88.040-900. Telefone: (48) 3721- 9480/ 88456878. E-mail: denise@ccs.ufsc.br

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro que aceito participar e que fui informada sobre os objetivos e formas de realização deste estudo, sabendo que posso desistir de participar em qualquer momento e que terei o direito de não ter meu nome divulgado ou qualquer outra informação que me identifique (direito ao anonimato e sigilo dos dados pessoais fornecidos).

---

Assinatura da participante ou responsável

---

Assinatura da coletadora de dados

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

## ANEXO 1

Identificação numérica do Participante: \_\_\_\_\_

**ESCALA DE RESILIÊNCIA DE CONNOR-DAVIDSON**

(CONNOR, DAVIDSON, 2003)

Esta escala questiona sobre como a pessoa se percebe acerca dos 25 seguintes itens:

Item	0 Nunca é verdadeiro	1 Raramente é verdadeiro	2 Algumas vezes é verdadeiro	3 Muitas vezes é verdadeiro	4 É verdadeiro quase sempre
1 Sou capaz de me adaptar a mudanças					
2 Tenho relacionamento próximos e seguros					
3 Algumas vezes o destino ou Deus podem me ajudar					
4 Eu posso enfrentar qualquer coisa que vier					
5 Meus sucessos anteriores que me dão confiança para novos desafios					
6 Eu vejo o que acontece com humor					
7 Enfrentar situações com estresse me fortalece					
8 Eu sou inclinado a me recuperar após uma doença ou sofrimento					
9 O que acontece na vida tem sempre uma razão					
10 Eu dou o meu melhor, não importa em que seja					
11 Eu posso alcançar as minhas metas					
12 Quando as coisas parecem sem esperança, não desisto					
13 Eu sei onde buscar ajuda					
14 Eu penso e focalizo claramente sob pressão					
15 Eu prefiro ficar no comando na resolução de problemas					
16 Não desanimo facilmente por causa de meus erros					
17 Eu me vejo como uma pessoa forte					
18 Posso tomar decisões impopulares ou difíceis					
19 Posso lidar com sentimentos desagradáveis					
20 Tenho que agir na intuição					
21 Tenho forte sentimento de determinação					
22 Mantenho controle de minha vida					
23 Eu gosto de desafios					
24 Eu trabalho para alcançar minhas metas/objetivos					
25 Eu me orgulho de minhas conquistas					

TOTAL=\_\_\_\_\_



## ANEXO 2




## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **RESILIÊNCIA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 13/07/09

13/07/09  
Vice-Diretor HU/UFSC  
Dr. Felipe Felício

ASSINATURA  
CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 212

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**APROVADO**


**PROCESSO:** 221/09 **FR-** 276788

**TÍTULO:** Resiliencia de pessoas com Diabetes Mellitus.

**AUTOR:** Denise M. G. V. da Silva, Bárbara C. Tavares e Francine do Amaral Barreto e Marília Lima Lodetti.

**DPTO.:** CCS/UFSC

**FLORIANÓPOLIS, 27 de julho de 2009.**

  
Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza

